

Amministrazione destinataria

Regione Calabria

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo

Segnalazione relativa alla necessità di realizzazione di area di sosta per disabili

Il sottoscritto

Cognome	Nome	Codice Fiscale							
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza						
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Le comunicazioni relative al procedimento dovranno essere inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

titolare di contrassegno disabili

Numero permesso	Data rilascio	Data scadenza	Ente di riferimento				
-----------------	---------------	---------------	---------------------	--	--	--	--

SEGNALA

la necessità di realizzare un'area di sosta per disabili nei pressi di

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
-----------	--------	-----------	--------	---------	-------	-------	-----	-----

per le seguenti motivazioni

Motivazioni

Eventuali annotazioni**Elenco degli allegati***(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- mappa della zona interessata dall'installazione
- copia del documento d'identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo**Data****Il dichiarante**